CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1901)

*(Section de Pathologie externe et d'Accouchement)*

# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

**Docteur Louis TIXIER**

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

GRENOBLE
IMPRIMERIE ALLIER FRÈRES
26, Cours Saint-André, 26

1901

# TITRES

## TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en médecine (1897).
Chargé des fonctions d'aide d'Anatomie à la Faculté (1894-1897).
Préparateur du Cours de Médecine opératoire (1897-1900).
Chargé des fonctions de chef des travaux de Médecine opératoire (1900).

## TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Lyon (Concours de 1891).
Interne des Hôpitaux de Lyon (Concours de 1893).
Interne lauréat des Hôpitaux de Lyon (Prix Bouchet, Chirurgie, 1897).
*Chirurgien des Hôpitaux de Lyon.*

## ENSEIGNEMENT

En qualité d'aide d'Anatomie à la Faculté :
Conférences d'Anatomie, 1894-1897 (Semestre d'hiver);
Conférences de Médecine opératoire, 1894-1899 (Semestre d'été).

En qualité de chef des travaux de Médecine opératoire :
Cours de Petite Chirurgie, 1900.

Membre de la Société de Chirurgie de Lyon.

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

## MÉMOIRES ORIGINAUX

1. **Lupus primitif de la cloison nasale sans lésion cutanée** (*Province médicale*, 2 février 1895).
2. **Vaste abcès intra-pelvien d'origine ostéomyélitique probable. — Ostéomyélite aiguë du sacrum** (*Province médicale*, 8 juin 1895).
3. **Ostéomyélite aiguë de l'omoplate chez un homme de 58 ans. — Ostéomyélite aiguë des vieillards** (*Lyon médical*, 1896).
4. **Paralysie radiale consécutive à une fracture de la diaphyse humérale. — Dégagement du nerf. — Guérison remarquablement rapide** (*Province médicale*, 13 juin 1896).
5. **La gaine synoviale du cubital postérieur** (*In* Thèse de Guinet, 1897).
6. **Sur une arthrite tuberculeuse hémorrhagique du coude causée chez l'homme par un strepto-bacille différent du bacille de Koch** (En collaboration avec M. Courmont. — *Lyon médical*, 26 décembre 1897).
7. **Deux cas de synovite tuberculeuse de la gaine du cubital postérieur** (*Province médicale*, 27 mai 1897).
8. **Troubles fonctionnels réflexes d'origine péritonéale observés pendant l'éviscération d'animaux profondément anesthésiés** (Mémoire présenté à l'Académie des Sciences, 2 août 1897).

9. **Du shock abdominal. — Étude clinique et expérimentale** (Chez Baillière, novembre 1897).

10. **Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale** (Chez Baillière, 1897).

11. **De la lymphadénie tuberculeuse ganglionnaire et viscérale** (En collaboration avec MM. Courmont et Bonnet. *Journal de Physiol. et de Pathol. générale. 1899*).

12. **Dilatation ampullaire et thrombose de la saphène interne à son embouchure** (*In* Mailland, *Province médicale,* 22 avril 1899).

13. **Sur un cas de coexistence chez le même sujet de deux cancers primitifs. — Cancer intrinsèque du larynx et cancer primitif du corps thyroïde** (*Lyon médical,* mai 1899).

14. **Un cas d'exstrophie partielle acquise de la vessie consécutive à une double taille hypogastrique. — Cure opératoire. — Guérison** (En collaboration avec M. Viannay. — *Gazette hebdomadaire,* 2 déc. 1900).

15. **A propos d'un cas de luxation médio-tarsienne** (En collaboration avec M. Viannay. — *Archives provinciales de Chirurgie,* mars 1900).

16. **De la luxation médio-tarsienne. — Revue générale** (En collaboration avec M. Viannay. — *Gazette des Hôpitaux,* 28 juillet 1900).

17. **De l'hématémèse dans le cours de l'occlusion intestinale** (En collaboration avec M. Viannay. — *Gazette hebdomadaire,* 23 septembre 1900).

18. **Lipomes sous-maxillaires extra et intra-glandulaires et les lipomes de la région sous-maxillaire** (En collaboration avec M. Horand. — *Gazette des Hôpitaux,* 19 et 21 février 1901).

19. **Note sur les lymphatiques de l'appendice iléocœcal** (En collaboration avec M. Viannay. — *Lyon médical,* 30 mars 1901).

## COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

20. **Appareil immobilisateur pour les enfants** (Présentation à la Société des Sciences médicales, 20 mars 1895).

21. **Sur un volumineux calcul de la vessie** (Communication à la Société des Sciences médicales, 27 novembre 1895).

22. **Coexistence d'un épithélioma de la muqueuse du corps utérin et d'un fibrome utérin** (Présentation à la Société des Sciences médicales, 29 avril 1896).

23. **Effets physiologiques de l'éviscération. — Du shock abdominal opératoire : étude expérimentale** (En collaboration avec M. Guinard. — Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences. Session de Saint-Étienne, 9 août 1897).

24. **Kyste dermoïde de l'ovaire avec torsion du pédicule** (Présentation à la Société des Sciences médicales, 3 juillet 1897).

25. **Présentation d'un pessaire original** (Société des Sciences médicales, 28 avril 1898).

26. **Du shock abdominal** (Communication à la Société de Médecine de Lyon. *Province médicale*, novembre et décembre 1897, janvier 1898).

27. **Quelques observations sur le shock abdominal** (*Bulletin de la Société d'anthropologie de Lyon*, 9 mai 1898).

28. **Sarcome primitif de la cage thoracique** (Société des Sciences médicales, 1er mars 1899).

29. **Un cas d'angine de Ludwig. — Opération. — Guérison** (Société de Médecine, 24 juillet 1899).

30. **Un cas d'appendicite herniaire** (Communication à la Société des Sciences médicales, 14 janvier 1899).

31. **Péritonite cliniquement généralisée consécutive à une appendicite. — Laparotomie. — Guérison** (Société des Sciences médicales, 22 avril 1899).

32. **Grossesse extra-utérine. — Inondation péritonéale. — Hernie ombilicale étranglée** (*Province médicale*, 20 mai 1899).

33. **Exostoses ostéogéniques multiples et malformations congénitales des orteils** (Présentation à la Société de Chirurgie de Lyon, 20 janvier 1900).

34. **Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule à forme d'appendicite à répétition** (Société des Sciences médicales, 17 février 1900).

35. **Appendicite pelvienne à forme d'occlusion intestinale** (Société des Sciences médicales, 17 février 1900).

36. **Gastrostomie par le procédé de Fontan** (Société des Sciences médicales, 2 mai 1900).

37. **Néoplasme double du tube digestif** (Société des Sciences médicales, mai 1900).

38. **Amputation inter-scapulo-thoracique pour sarcome de l'omoplate** (Société des Sciences médicales, 3 février 1900).

39. **Drainage abdomino-vaginal** (4 observations. *In* Thèse de Carle, Lyon, 1900).

40. **Plaie pénétrante de l'abdomen. — Médication opiacée intense. — Guérison** (Communication à la Société de Chirurgie, décembre 1901).

## COLLABORATION A DES THÈSES

PAUL....... **De l'ostéomyélite aiguë des vieillards** (Thèse de Lyon, 1896).

GUINET...... **Sur la synovite tuberculeuse du cubital postérieur** (Thèse de Lyon, 1897).

JEUNET...... **Du traitement de la gangrène herniaire par l'entérectomie et l'application du bouton de Murphy-Villard** (Thèse de Lyon, 1898-1899).

VIREVAUX ... **Des enfoncements traumatiques de la cavité cotyloïde** (Thèse de Lyon, 1899).

GOY........ **De l'épithélioma de la face chez les jeunes sujets** (Thèse de Lyon, 1899).

GUEYTAT .... **Du spasme intestinal dans la contusion de l'abdomen** (Thèse de Lyon, 1899).

VIGNARD .... **De l'appendicectomie** (Thèse de Lyon, 1899).

GRILLIAT .... **Des ruptures des tendons sus- et sous-rotuliens** (Thèse de Lyon, 1900).

NICOLAS..... **Contribution à l'étude du cancer latent de la vessie.**

SOURD...... **Contribution à l'étude des hémothorax traumatiques : traitement** (Thèse de Lyon, 1900).

CARLE ...... **Applications pratiques du drainage abdomino-vaginal** (Thèse de Lyon, 1900).

AZY........ **De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire à forme d'appendicite aiguë et à répétition** (Thèse de Lyon, 1900).

BLAIN....... **Résultats immédiats et éloignés du bouton de Murphy dans le traitement de la gangrène herniaire** (Thèse de Lyon, 1900).

BOURGUIGNON. **Contribution à la pathogénie des exostoses ostéogéniques** (Thèse de Lyon, 1900).

AUGUY...... **Des adénites appendiculaires dans le cours de l'appendicite** (Thèse de Lyon, 1901. — *Sous presse*).

---

# PREMIÈRE PARTIE

---

## ANATOMIE

**La gaine synoviale du cubital postérieur** (*In* Thèse de Guinet, Lyon 1897).

Ayant eu l'occasion d'observer deux cas de synovite tuberculeuse du cubital postérieur, nous avons voulu préciser la disposition anatomique de la gaine synoviale de ce muscle.

Nos injections au mercure nous ont montré que cette gaine, longue d'environ 10 centimètres (6 cent. au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus, 4 cent. au-dessous), s'engage dans la gouttière creusée en arrière du cubitus entre la tête et l'apophyse styloïde de cet os. A ce niveau, la gaine est séparée de l'articulation radio-cubitale inférieure par la moitié externe de la tête du cubitus ; cependant après distension la synoviale articulaire remonte le long de cette saillie et les deux synoviales peuvent venir au contact.

A sa sortie du canal formé par le ligament annulaire et les deux saillies terminales du cubitus, la gaine saute, en quelque sorte, par-dessus l'espace cubito-pyramidal, d'où simple rapport de voisinage avec l'articulation radio-carpienne.

Ayant atteint le pyramidal, le tendon est rejeté en dedans et vient se mettre en rapport immédiat avec l'articulation médio-carpienne avant d'aller s'insérer sur la tubérosité postéro-interne du cinquième métacarpien.

**Note sur les lymphatiques de l'appendice iléo-cœcal**
(En collaboration avec M. Viannay.— *Lyon médical*, mars 1901).

Nos recherches ont consisté en :

1° L'examen et la dissection minutieuse de 50 appendices normaux, de fœtus et d'adultes ;

2° Injections des lymphatiques au mercure et à la solution de bleu de Prusse soluble de Ranvier ;

3° L'examen d'un certain nombre de pièces pathologiques recueillies au cours d'interventions ou au hasard des autopsies : appendicite aiguë ou chronique, tuberculose appendiculo-cœcale, toutes affections qui retentissent sur les ganglions et les rendent plus apparents.

Voici le résumé de nos observations :

A. Trajet des vaisseaux lymphatiques. — Les lymphatiques suivent le méso-appendice en s'attachant aux vaisseaux sanguins. Ce méso renferme un certain nombre de chemins vasculaires (3 ou 4 le plus souvent) dans lesquels passent, côte à côte, artères, veines et vaisseaux blancs.

De plus, certains lymphatiques nés d'un réseau *sous-séreux cæcal* semblent descendre sur l'appendice pour s'engager dans le méso-appendice avant de se jeter dans les ganglions. Ce qui tend à prouver que la circulation lymphatique de l'appendice, pas plus que sa circulation sanguine (Lafforgue), n'est complètement indépendante de celle du cœcum. Il nous explique assez bien la participation du cœcum et des ganglions péri-cœcaux au processus inflammatoire, dans certains cas d'appendicite.

*B.* Ganglions lymphatiques. — Nous nous sommes appliqués à reconnaître les ganglions de l'appendice, leur nombre et leur situation dans le méso-appendice.

*Nombre.* — Clado a décrit un ganglion constant au niveau de la base du méso-appendice, Lafforgue a montré qu'il en existait souvent plusieurs : nos observations ont confirmé dans leurs grandes lignes ces descriptions. Parfois on rencontre jusqu'à 7 ou 8 ganglions dans le méso.



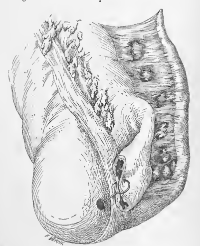

Pièce recueillie chez un garçon de 14 ans, atteint d'appendicite subaiguë. — Hospice de la Charité (janvier 1900). 8 ganglions enchâssés dans un méso-appendice volumineux et infiltré.

*Situation.* — On peut rencontrer des ganglions dans toute l'étendue du méso ; mais ils se groupent plus volontiers au niveau de sa base.

Nous avons cru pouvoir distinguer trois groupements assez typiques :

*a*) *Groupe iléo-appendiculaire*, le plus constant (36 °/₀), développé autour du ganglion de Clado, au point où le méso-appendice se continue avec la fin du mésentère. Ces ganglions se continuent avec les derniers ganglions mésentériques.

*b*) *Le groupe cœco-appendiculaire* (14 °/₀ des cas), situé dans l'angle rentrant formé par le bord interne du cœcum



Pièce recueillie sur le cadavre. Ganglions massés en deux groupes : groupes cœco-appendiculaire et méso-appendiculaire.

et la racine de l'appendice. Ce groupe est continué en haut, sous le cœcum, par les ganglions rétro-coliques.

Nous n'avons trouvé nulle part signalé ce siège des ganglions de l'appendice et cependant il nous paraît avoir une certaine importance.

c) *Groupe méso-appendiculaire* (12 °/₀), le moins fréquent et le moins important. Il est constitué par une série de ganglions situés au contact de l'appendice.

Assez souvent (46 °/₀) on ne trouve aucun ganglion dans le méso-appendice.

C. Affluents lymphatiques. — L'appendice, organe à double insertion, — cœcal par sa racine propre, iléale par son méso, — partage sa circulation lymphatique en deux grands courants qui se dirigent : l'un vers le cœcum et les ganglions méso-coliques, l'autre vers l'iléon et les ganglions mésentériques.

A chacun de ces deux courants correspond un groupe ganglionnaire de la base du méso-appendice ; les lymphatiques du versant cœcal traversent les ganglions cœco-appendiculaires ; ceux du versant iléo-mésentérique traversent les ganglions iléo-appendiculaires.

Jusqu'ici on ne connaissait que l'une de ces deux voies de déversement des lymphatiques appendiculaires, la voie mésentérique. Or, la voie *méso-colique* existe, et Lockwood, qui fonde son opinion sur ce qu'il a pu constater au cours de nombreuses appendicectomies, la considère même comme la principale.

Applications pathologiques. — Le siège des ganglions cœco-appendiculaires, l'existence d'anastomoses entre les

réseaux du cœcum et de l'appendice nous expliquent la formation d'abcès péricœcaux au cours de l'appendicite et certains de ces abcès ne seraient-ils pas parfois de *véritables adéno-phlegmons?*

Des faits récents viennent à l'appui de cette manière de voir. MM. Ricard, Michaud, Gerard-Marchant, à la Société de Chirurgie (Paris, janvier 1900) ; MM. Michel et Hassler, de Bordeaux, ont fait connaître des cas d'*adénites* méso-appendiculaire, péricœcale, méso-colique au cours ou à la suite d'appendicites.

---

# DEUXIÈME PARTIE

---

## PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE CHIRURGICALE

Durant l'année 1897, nous avons entrepris, dans le laboratoire du professeur Arloing, avec la précieuse collaboration de son chef des travaux, M. Guinard, une série de recherches sur la *physiologie du péritoine*. Notre but a été surtout de reconnaître l'existence des réflexes péritonéaux et de les enregistrer. Le résultat de nos expériences a été rapporté dans une série de mémoires consécutifs dont on trouvera le résumé ci-dessous :

*a*) **Troubles fonctionnels réflexes d'origine péritonéale observés pendant l'éviscération d'animaux profondément anesthésiés** (Communication à l'Académie des Sciences, 2 août 1897).

Le but de nos recherches, disions-nous, a été de provoquer expérimentalement et d'enregistrer certains phénomènes réflexes d'origine péritonéale, produits dans des con-

ditions se rapprochant, autant que possible, de la clinique, afin d'avoir quelques renseignements sur les phénomènes physiologiques qui accompagnent ou créent cet état pathologique bien connu des chirurgiens sous le nom de shock.

Nos expériences pratiques sur le chien démontrèrent l'existence de *réflexes circulatoires* et de *réflexes respiratoires* à point de départ péritonéal. Les troubles circulatoires consistent en une action sur la pression artérielle (chute) et une action sur le cœur (ralentissement et affaiblissement) directement en rapport avec l'excitation de la séreuse péritonéale.

Les différents troubles fonctionnels réflexes que nous avons observés sont indépendants les uns des autres, de telle sorte que, par exemple, les modifications de la pression peuvent se produire sans troubles respiratoires et vice-versa. Bien qu'ayant même origine, ils ne sont donc pas entièrement subordonnés les uns aux autres.

*b*) **Du shock abdominal. — Étude clinique et expérimentale** (Chez Baillière, novembre 1897).

Dans ce gros mémoire nous avons fait connaître le résultat de nos recherches sur la physiologie pathologique du shock abdominal.

La lecture de la littérature médicale nous avait fait connaître quelques notions importantes : existence de phénomènes réflexes graves d'origine abdominale entrevue par Ruysch et Boerhave ; possibilité de les produire par l'expérimentation (Goltz, Brown-Sequard, Bernstein, Tarchanoff) ; voie suivie par les réflexes (cardiaques) qui appartient au système du pneumo-gastrique ou du sympathique

(Potain, Teissier, Arloing et Morel) ; rôle de la circulation intestinale (Küstner, Olshausen, Stapfer) ; rôle des excitations mécaniques ou physiques (Lawson Tait, Fristsch, etc.) dans la production de ces réflexes..., mais *ces réflexes dont on parlait tant n'avaient jamais été enregistrés.*

On connaissait le pouls petit, filant, dicrote des malades en état de shock, les modifications de la pression artérielle, les troubles respiratoires, mais nulle part on ne trouvait ces phénomènes fixés simultanément par des graphiques. Leur relation directe avec les irritations péritonéales n'avait jamais été contrôlée dans des conditions se rapprochant autant que possible de la clinique : c'est cette lacune que nous avons tenté de combler.

DISPOSITIF OPÉRATOIRE

*Sujets en expériences.* — Les sujets en expériences ont été des chiens ou des cabris : nous insisterons surtout sur les résultats obtenus chez le chien, parce que les réactions obtenues sont plus nettement enregistrées, mais chez l'un et l'autre animal les réflexes observés ont été les mêmes.

*Anesthésie.* — Nos animaux ont toujours été opérés sous anesthésie, d'une part, afin de se mettre dans les conditions cliniques ordinaires : les malades chez lesquels on pratique une opération dans le ventre sont toujours endormis; d'autre part, pour que l'on ne puisse pas nous objecter que les réflexes enregistrés étaient dus à des réactions de sensibilité douloureuse. L'anesthésique employé a été successivement l'éther, le chloroforme, le chloral.

*État du péritoine.* — Nos expériences ont été faites chez des chiens dont le péritoine était sain et chez des chiens dont le péritoine avait été irrité par une manœu-

vre préalable (création d'un volvulus, d'une hernie étranglée, etc.). C'était pour nous rapprocher de cette réalité clinique, à savoir que le shock apparaît surtout chez les opérés dont le péritoine est malade (péritonite, occlusion, etc.).

Nous nous opposions au refroidissement des viscères herniés par l'enveloppement chaud, au refroidissement général de l'animal en opérant dans une pièce à température élevée.

*Instrumentation.* — Les tracés ont été reçus sur le grand appareil enregistreur de Chauveau.

La pression artérielle prise dans la carotide était mesurée à l'aide du manométrographe de Chauveau.

Le pouls était inscrit à l'aide du sphygmographe à doigt de gant.

Un pneumographe à inscription directe recueillait les impressions respiratoires.

Un explorateur graphique du ventricule droit du chien enregistrait le jeu du cœur.

*Genre d'excitations péritonéales provoquées.* — On notait les résultats obtenus sous l'influence de l'éviscération, du dévidement, du pincement, de la torsion, de la réintégration, etc., des viscères abdominaux, de la toilette abdominale, des lavages chauds.

Nous avons rapporté dans tous leurs détails 12 expériences.

### RÉSULTATS GÉNÉRAUX — PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DES RÉFLEXES PÉRITONÉAUX

Les réflexes d'origine péritonéale que nous avons réussi à enregistrer appartiennent essentiellement au jeu des grandes fonctions de la circulation et de la respiration.

1° *Réflexes circulatoires.* — L'étude des réflexes circulatoires nous conduit à passer successivement en revue : la pression artérielle, le cœur, le pouls.

*a*) *Pression artérielle.* — Elle est toujours considérablement modifiée ; d'une façon constante, le résultat est *une chute de la pression.* (*m. Tableau A, Tracé n° 3.*)



Tableau A. — Tracé n° 3.

Cette chute de la pression se révèle, d'une part, par un écart entre le niveau existant avant l'opération et celui auquel on arrive à la fin de l'opération ; d'autre part, par les sauts brusques déterminés par une excitation péritonéale passagère.

Ainsi (Exp. VI) nous voyons la pression *de 152 passer à 80* après une éviscération de trente minutes.

Sous l'influence d'une irritation péritonéale, il peut apparaître une chute de 42 millimètres en vingt secondes, de 20 millimètres en dix secondes.

*b*) *Cœur.* — *Tracé cardiographique.* — Le rythme du cœur est changé : d'une manière générale, les réflexes cardiaques d'origine péritonéale se révèlent par un *ralentissement* du cœur. Ce ralentissement peut être considérable, se chiffrer par trente pulsations cardiaques en

moins par minute. On constate simultanément que les contractions sont *faibles* et *avortées:* elles sont parfois intermittentes.

*c*) *Pouls.* — *Tracé sphygmographique.* — Le pouls reflète exactement cet état du cœur; le pouls est *ralenti* et les pulsations artérielles diminuent d'amplitude. Le pouls devient très faible, sans tension, mou et filant. (P. *Tableau A, Tracé n° 3.*)

2° *Réflexes respiratoires.* — L'*accélération* de la respiration est un phénomène constant. Cette augmentation du nombre des inspirations peut être extrême jusqu'à 36 respirations en plus par minute. D'ailleurs, le rythme respiratoire n'est pas seulement dénaturé en *rapidité,* il l'est aussi en *amplitude* et en *régularité.* A mesure que sous l'influence de l'excitation péritonéale la respiration s'accélère, elle devient superficielle, irrégulière, saccadée, haletante. (R. *Tableau A, Tracé n° 3.*)

*Influence de l'état du péritoine.* — Ces modifications physiologiques se produisent toujours quand on irrite le péritoine, mais le moment où elles apparaissent et l'intensité qu'elles revêtent sont directomont influencés par l'état de la séreuse.

I. Quand le *péritoine est sain,* non irrité antérieurement, les manipulations les plus variées exécutées sur la masse intestinale ne produisent aucune réaction pendant les dix à quinze premières minutes qui suivent l'ouverture du ventre; il existe à ce moment une véritable période de tolérance. (*Tableau A, Tracé n° 1.*)

Puis, peu à peu, la susceptibilité péritonéale s'éveille et va sans cesse en augmentant à mesure qu'on s'éloigne du début de l'expérience. (*Tableau A, Tracés n^os^ 2 et 3.*)

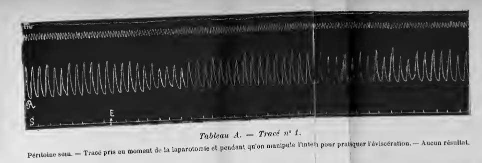



*Tableau A. — Tracé n° 1.*

Péritoine sein. — Tracé pris au moment de la laparotomie et pendant qu'on manipule l'intes pour pratiquer l'éviscération. — Aucun résultat.

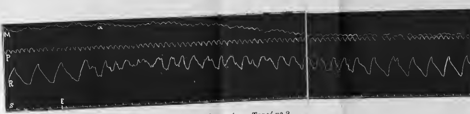



*Tableau A. — Tracé n° 2.*

Péritoine sain. — Tracé pris après 15 minutes d'éviscération. Au moment où on pince anipule l'intestin, les réflexes se produisent.

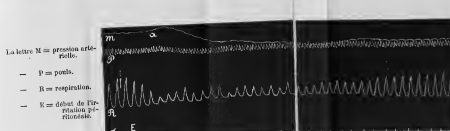



*Tableau A. — Tracé n° 3.*

Péritoine sain. — Après 20 minutes d'éviscération, on irrite le péritoin Effets produits considérables.

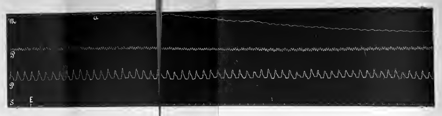


*Tableau B. — Tracé n° 1.*

Péritoine malade. — Tracé pris immédiatement après l'éviscération. — Les réflexes se produisent déjà.

*Tableau B. — Tracé n° 2.*

Péritoine malade. — Après 15 minutes d'éviscération, on pratique un dévidement de l'intestin. — Les réflexes sont intenses.

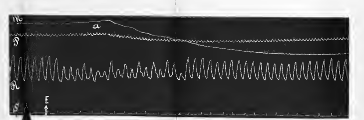


*Tableau B. — Tracé n° 3.*

Péritoine malade. — [illegible]utes après le début de l'opération, on pratique une deuxième sortie de l'intestin. — Le péritoine réagit au maximum.

II. Lorsque le *péritoine est malade,* le moindre attouchement provoque des réflexes intenses, et ceci dès les premiers contacts qu'on fait subir à la masse intestinale.

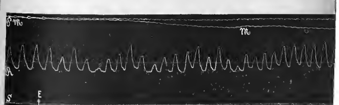
La période de tolérance n'existe pas : l'irritabilité de la séreuse entre en jeu immédiatement. (*Tableau B, Tracé n° 1.*)

Et les phénomènes observés sont toujours plus intenses que lorsqu'on les provoque chez un animal dont le péritoine est sain. (*Tableau B, Tracés n°s 2 et 3.*)

On peut très exactement se rendre compte de cette particularité en étudiant parallèlement nos deux séries de tracés. (*Tableaux A et B.*)

*Influence de quelques manœuvres chirurgicales.* — Nous avons étudié l'action de la toilette péritoniale et du lavage du péritoine.

a) *Toilette péritonéale.* — Les irritations péritonéales provoquées par la toilette de l'abdomen (passage d'une éponge essorée) sont le point de départ de réflexes circulatoires et respiratoires dont l'intensité est d'autant plus grande que la séreuse est plus malade.




Les manœuvres de la toilette péritonéale déterminent des réflexes.

*b) Lavage du péritoine.* — Les lavages à l'eau chaude de l'abdomen et de la masse intestinale jouent un rôle bienfaisant. La tension artérielle se relève, tandis que le jeu du cœur et de la respiration n'est pas modifié.

Applications chirurgicales. — Les déductions chirurgicales à tirer de ces notions physiologiques sont extrêmement intéressantes, nous ne pouvons que les résumer ici en quelques formules :

1° Dans toute *intervention intra-abdominale* on doit craindre de voir surgir, sous l'influence des irritations péritonéales, des réflexes redoutables, dont l'aboutissant peut être l'état de shock.

2° Ces réflexes n'ont pas de gravité quand l'opération est menée rapidement, chez un malade dont le péritoine est sain.

3° Chez les individus dont le péritoine est malade (péritonite, occlusion intestinale, adhérences inflammatoires), ces réflexes apparaissent avec une grande intensité dès l'ouverture du ventre.

4° L'éviscération réalise des conditions très favorables à la production du shock.

*c)* **Effets physiologiques de l'éviscération. — Du shock abdominal opératoire : étude expérimentale** (En collaboration avec M. Guinard. — Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences. Session de Saint-Étienne, 9 août 1897).

Dans cette communication nous avons voulu tout spécialement attirer l'attention des chirurgiens sur les dangers

que fait courir à un opéré la pratique inconsidérée de l'éviscération. Cette manœuvre, qui est très propre à engendrer le shock opératoire, doit être redoutée chez les malades dont le péritoine est enflammé (péritonite) et qui sont déjà en état de collapsus cardiaque.

---

# TROISIÈME PARTIE

---

## CHIRURGIE ABDOMINALE

**Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale** (Chez Baillière, 1897. Mémoire ayant obtenu le prix Bouchet. Internat, 4e année).

Dans ce mémoire de 238 pages, nous avons successivement étudié les indications de l'éviscération, son manuel opératoire, ses dangers.

Nous avons donné comme définition de cette manœuvre : « la sortie hors du ventre de la masse intestinale. Dans ce mot de *masse intestinale* on comprend le tube digestif tout entier, estomac et intestin ».

Le plus souvent, le temps pendant lequel les intestins restent hors du ventre ne dépasse pas en durée l'opération elle-même. C'est l'éviscération *momentanée* ou *extemporanée*.

Beaucoup plus rarement on prolonge la manœuvre : pendant des heures, voire même des jours, des anses

intestinales sont laissées sur la paroi abdominale. C'est l'éviscération *prolongée* ou *thérapeutique*. Elle n'est jamais totale.

Nous avons insisté surtout sur l'éviscération typique, c'est-à-dire l'éviscération momentanée.

PREMIÈRE PARTIE. — *Les indications de l'éviscération.*

Notre étude expérimentale de la physiologie du péritoine et des réflexes péritonéaux au cours de l'éviscération (voir page 18) nous a conduit à considérer l'éviscération comme une manœuvre chirurgicale dangereuse. Elle peut être le point de départ de troubles fonctionnels graves, qui portent surtout sur le cœur et le poumon. Pour qu'on soit autorisé à y avoir recours sans faire courir trop de dangers à l'opéré, il faut donc qu'aucune perturbation n'existe déjà dans le jeu de ces appareils. Les malades en collapsus, en état de shock, ne doivent pas être éviscérés.

Partant de cette donnée générale, nous avons successivement passé en revue les indications de l'éviscération dans les *contusions de l'abdomen,* dans les *plaies pénétrantes de l'abdomen,* dans l'*occlusion intestinale,* dans les *péritonites, en gynécologie.*

1° *De l'éviscération dans les contusions de l'abdomen :*

La chirurgie contemporaine tend de plus en plus à préconiser l'intervention *précoce* dans les cas de contusion de l'abdomen. Tel est l'avis de Bouilly, Chavasse, Moty, Demons, Croft, Wassilief, Ferrier et Adam, etc., etc. M. le professeur Demons a formellement recommandé cette conduite dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1897.

Or, dans les cas d'intervention précoce, l'éviscération nous semble être une excellente méthode d'exploration. Elle permet d'agir vite, de découvrir rapidement l'anse intestinale lésée, de reconnaître toutes les lésions et de les traiter toutes. Sans elle, malgré les signes donnés par Chaput, par Ferrier et Adam, une déchirure de l'intestin ou une hémorrhagie a pu souvent passer inaperçue et le malade ne tirer aucun bénéfice d'une laparotomie.

Dans les cas d'intervention tardive, c'est-à-dire souvent en pleine péritonite, l'éviscération doit être évitée, car elle est trop dangereuse au point de vue du collapsus post-opératoire.

2° *De l'éviscération dans les plaies pénétrantes de l'abdomen :*

M. le Professeur Terrier proclamait devant la Société de Chirurgie : « Toute la gravité des plaies de l'abdomen vient de la lésion des viscères et la laparotomie n'y ajoute rien par elle-même. »

C'était la défense de l'intervention précoce opposée à l'expectation. M. le Professeur Berger, MM. Kermisson, Jalaguier, Quenu étaient, eux aussi, des interventionnistes comme l'avait été Trélat.

Or, étant donné que dans ces cas de plaies pénétrantes il y a lésion de l'intestin et très souvent plusieurs perforations de l'intestin, que puisqu'on fait courir au blessé les dangers d'une laparotomie, il faut au moins lui en donner tout le bénéfice, nous avons soutenu que souvent l'éviscération est la seule manœuvre qui permette rapidement de tout voir et de tout réparer.

Dans le cas d'intervention tardive, l'éviscération est

dangereuse et par suite le chirurgien doit s'efforcer de l'éviter.

3° *De l'éviscération dans l'occlusion intestinale :*

Nous avons consacré un long chapitre de 60 pages à la discussion de la conduite à tenir en présence d'un malade atteint d'occlusion intestinale. Ce sont les signes tirés de l'état général du malade et spécialement de l'étude du pouls, ainsi que nous l'a appris notre Maître, le Professeur Fochier, l'état du péritoine et de l'intestin qui doivent guider le chirurgien. On doit se souvenir que dans le cours d'une laparotomie pour étranglement interne on subit souvent l'éviscération plutôt qu'on ne l'exécute, par suite de la dilatation extrême des anses intestinales.

De plus, la réintégration de la masse intestinale devient extrêmement difficile, longue et pénible, car le météorisme crée un obstacle considérable. Et ces manœuvres de réintégration sont très graves chez un malade dont le collapsus est souvent imminent.

Aussi doit-on se contenter d'une laparotomie rapide, sans trop grandes manipulations intra-abdominales et même se souvenir parfois que l'anus artificiel est le pis aller que doit accepter un esprit prudent (Tillaux).

4° *De l'éviscération dans les péritonites :*

L'éviscération est, d'une manière générale, contre-indiquée par le fait que le péritoine enflammé est alors le point de départ de réflexes redoutables et qu'on peut, en l'exécutant, généraliser une péritonite qui avait une tendance naturelle à se circonscrire. Ce n'est que dans les péritonites par *perforation* que l'indication se pose par-

fois d'éviscérer pour pouvoir aller directement sur la lésion intestinale.

5° *De l'éviscération en gynécologie :*

Grâce à la *position déclive* généralement adoptée par les chirurgiens, on n'a plus besoin de l'éviscération en gynécologie. M. le Professeur Fochier nous a déclaré n'en avoir jamais eu besoin ; mais il faut savoir se servir de la position franchement élevée du bassin.

D'ailleurs, la sortie de l'intestin ne constitue pas alors une manœuvre dangereuse, car celui-ci a été préalablement vidé de son contenu par un purgatif et, par suite, est affaissé et très facilement manié : la réintégration est un jeu, etc.

DEUXIÈME PARTIE. — *Manuel opératoire.*

Nous avons insisté :

1° Sur *les précautions préliminaires* qui porteront :

*a)* Sur *la préparation du malade :* diminuer autant que possible le météorisme abdominal avant d'intervenir (ponctions du Professeur Demons, lavages de l'estomac, etc.), envelopper le malade de linges chauds.

*b)* Sur *la préparation de la salle d'opération :* une température élevée (au moins 25°) et humide est indispensable ; il faut absolument éviter le refroidissement du malade.

*c)* Sur *le choix de l'asepsie :* on usera exclusivement de *l'asepsie humide* qui diminue la vaso-dilatation des anses herniées et s'oppose aux phénomènes d'exosmose toujours plus prononcés quand l'intestin est sous des serviettes

sèches. Réflexes péritonéaux moins intenses. Surveiller l'anesthésie, se méfier des vomissements.

2° Sur *le choix de l'incision :*

Faire d'emblée une immense incision sur la ligne médiane remontant parfois au-dessus de l'ombilic.

3° Sur *la sortie des intestins :*

Elle doit être pratiquée rapidement, presque en un temps : ne pas aller par petits paquets, ce qui multiplie inutilement les contacts.

4° Sur *la réintégration des intestins :*

C'est un temps toujours délicat, souvent très difficile de l'opération : éviter les manipulations brutales.

La réintégration sera facilitée par les lavages préalables de l'estomac (Rehn), l'entérostomie préalable (Madelung), la méthode de Kümmell, les ponctions évacuatrices avec sutures de la porte d'entrée du trocart (Le Dentu-Terrier), l'entérostomie temporaire (Bœckel-Madelung).

5° Sur *les soins consécutifs :*

Terminer rapidement l'opération, activer les sutures de la paroi, combattre le collapsus.

TROISIÈME PARTIE. — *Les dangers de l'éviscération.*

Ils sont nombreux : les uns sont communs à toute espèce de laparotomie : adhérences secondaires entre les anses intestinales irritées, etc. ; les autres sont favorisés par l'éviscération : rupture d'adhérences protectrices, déchirure de l'intestin, etc.

Enfin, le danger le plus redoutable est l'apparition du shock sur lequel nous avons déjà si longuement insisté.

**Les dangers de l'éviscération** (Mémoire présenté à la Société de Chirurgie de Lyon, mai 1898).

**Quelques observations sur le shock abdominal** (*Bulletin de la Société d'Anthropologie de Lyon,* 9 mai 1898).

Dans cette communication, nous avons montré comment un coup violent porté *au creux de l'estomac* est capable d'amener une syncope et même une mort subite. Ce sont les réflexes péritonéaux que nous avons produits et enregistrés qui sont le point de départ de ces graves accidents.

**Du shock abdominal** (Communication à la Société de Médecine de Lyon. *Province médicale.* novembre et décembre 1897, janvier 1898).

**Grossesse extra-utérine. — Inondation péritonéale. — Hernie ombilicale étranglée.** (*Province médicale,* 20 mai 1899).

Chez une jeune femme de 32 ans présentant une hernie ombilicale étranglée, nous découvrîmes, comme cause productive de l'étranglement, au cours de la kélotomie, une inondation péritonéale formidable consécutive à la rupture de la trompe gravide. La malade disait attendre ses règles

le lendemain du jour où nous l'opérions et elle avait eu ses règles normales le mois précédent ; elle était nourrice de son deuxième enfant. Nous avions donc affaire à une grossesse extra-utérine de trente jours au maximum.

La trompe gravide enlevée a été déposée au laboratoire du Professeur Fochier.

**Coexistence d'un épithélioma de la muqueuse du corps utérin et d'un fibrome utérin. — Hystérectomie** (Présentation à la Société des Sciences médicales, 29 avril 1896).

**Kyste dermoïde de l'ovaire avec torsion du pédicule** (Société des Sciences médicales, 3 juillet 1897. Présentation d'une pièce).

**Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule à forme d'appendicite à répétition** (Société des Sciences médicales, 17 février 1900).

Une jeune fille de 16 ans avait présenté, depuis un an, à quatre reprises différentes, des crises abdominales avec retentissement péritonéal, considérées par deux médecins comme des poussées d'appendicite. Intervenant dans le cours d'une nouvelle crise, nous enlevâmes un petit kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu. C'est cette torsion lente et successive du pédicule qui avait simulé une appendicite à répétition.

Sur ce sujet nous avons inspiré la thèse du docteur Azy.

**De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire à forme d'appendicite aiguë et à répétition** (Léon Azy, Thèse de Lyon, 1900).

**Un cas d'appendicite herniaire** (*Province médicale*, 14 janvier 1899).

Chez un homme de 63 ans amené à l'hôpital, avec des accidents simulant uue hernie étranglée, nous avons trouvé dans un sac de hernie inguinale un appendice volumineux contenant deux ou trois petits calculs stercoraux prêts à perforer les tuniques sphacélées. Ablation. Guérison.

**Péritonite cliniquement généralisée consécutive à une appendicite. — Laparotomie. — Guérison** (Société des Sciences médicales, 22 avril 1899).

Présentation à la Société d'un jeune homme de 18 ans, que nous avions opéré d'urgence à la période ultime d'une péritonite consécutive à une appendicite aiguë. Large incision et drainage de la cavité abdominale. Guérison.

**Appendicite pelvienne à forme d'occlusion intestinale** (Société des Sciences médicales, 17 février 1900).

Jeune homme de 29 ans chez lequel nous avions ouvert, par laparotomie, une collection pelvienne fermée en haut par le grand épiploon, qui, tendu comme une corde de l'estomac au pelvis, bridait une anse d'intestin grêle, d'où les phénomènes d'occlusion intestinale. Guérison.

**Gastrostomie par le procédé de Fontan** (Société des Sciences médicales, 2 mai 1900).

Nous avons fait présenter à la Société, par M. Bayle, une malade à laquelle nous avions pratiqué, un mois et demi auparavant, une gastrostomie par la méthode de Fontan,



Gastrostomie par le procédé de Fontan.
Malade photographiée 40 jours après l'opération.

pour un néoplasme du cardia ayant envahi la petite courbure de l'estomac. L'état général de la malade s'était beaucoup amélioré et son poids avait augmenté de quatre kilogr. en un mois. Au point de vue fonctionnel, le résultat est excellent : le reflux des liquides injectés dans l'estomac par une sonde de Nélaton ne se produit absolument pas et la bouche stomacale, la sonde enlevée, est complètement continente.

**Néoplasme double du tube digestif** (Société des Sciences médicales de Lyon, 3 mai 1900).

Nous avons fait présenter à la Société, par M. Viannay, un malade auquel nous avions pratiqué une gastro-entérostomie postérieure par le procédé de Von Hacker, pour un néoplasme sténosant du pylore. Ce malade, âgé de 63 ans, présentait simultanément un cancer ampullaire du rectum n'amenant pas d'obstruction et qui fut respecté. Ce malade, très rapidement amélioré, vivait encore huit mois après l'intervention.

**De l'hématémèse dans le cours de l'occlusion intestinale** (En collaboration avec M. Viannay. — *Gazette hebdomadaire,* 23 septembre 1900).

Dans le cours de l'occlusion intestinale, les causes de congestion hémorrhagipare du tube digestif sont nombreuses. Nous nous sommes appliqués à les élucider. Il semble que l'on puisse incriminer la *congestion intense* des tuniques intestinales et en particulier de la muqueuse, due

en premier lieu à la *stase sanguine*, en second lieu à une action *vaso-motrice* provoquée par la striction de l'intestin et entretenue par l'irritation péritonéale. Mais les altérations *toxiques et inflammatoires* des parois vasculaires, l'augmentation de la fluidité du sang jouent aussi un grand rôle.

Ce sont ces considérations qu'il nous a paru intéressant de rapporter à propos de l'observation d'un malade chez lequel nous avions soigneusement étudié la production d'une hématémèse au cours d'une occlusion intestinale terminée par la mort. Les constatations cliniques, opératoires, nécropsiques nous ont démontré l'existence d'une hématémèse indépendante de toute origine dyscrasique et ne reconnaissant pas comme source une ulcération ni de l'estomac, ni de l'intestin.

Cette complication n'est d'ailleurs que l'aboutissant fortuit, mais toujours possible, d'un processus congestif hémorrhagipare constant, quoique à un degré variable, dans un certain nombre de lésions aiguës mécaniques et inflammatoires de l'intestin et du péritoine, telles que : étranglement par bride, étranglement herniaire, appendicite et péritonite appendiculaire. L'apparition d'une hématémèse dans le cours d'une occlusion intestinale semble, d'après notre observation, comporter un pronostic très sombre, de même que la gastrorrhagie dans l'appendicite. Cette complication est, en effet, l'indice d'un trouble grave apporté par l'agent de l'occlusion dans l'innervation vaso-motrice du tube digestif et, en même temps, d'une profonde intoxication de l'organisme.

Nous n'avons trouvé nulle part signalée cette redoutable complication de l'étranglement interne.

**Observations de drainage abdomino-vaginal** (*In* Thèse de Carle, Lyon, 1900).

Chez quatre malades atteintes respectivement de volumineux sarcome kystique des ovaires, de péritonite purulente, de pyo-salpinx double avec collection purulente dans le Douglas et enfin d'hématocèle suppuré, nous avons pratiqué le drainage de la cavité abdominale par un drainage abdomino-vaginal. Nous avons eu quatre guérisons.

**Des applications pratiques du drainage abdomino-vaginal** (Carle, Thèse de Lyon, 1900).

**Traitement de la gangrène herniaire, par l'entérectomie suivie de l'application du bouton Murphy-Villard.**

Sur cinq malades opérés de gangrène herniaire et traités par l'entérectomie, nous eûmes quatre guérisons opératoires. Un seul malade succomba, vingt-un jours après l'opération, par suite d'affaiblissement progressif causé par l'anus contre nature qu'on avait eu à établir secondairement. On appliqua dans tous ces cas le bouton de Murphy-Villard.

Ces observations ont été rapportées dans les thèses de Jeunet et de Blain.

**Du traitement de la gangrène herniaire par l'entérectomie et l'application du bouton de Murphy-Villard** (Jeunet, Thèse de Lyon, 1898-1899).

**Résultats immédiats et éloignés du bouton de Murphy dans le traitement de la gangrène herniaire** (Blain, Thèse de Lyon, 1900).

**Un cas d'exstrophie partielle acquise de la vessie consécutive à une double taille hypogastrique. — Cure opératoire. — Guérison** (En collaboration avec M. Viannay. — *Gazette hebdomadaire*, 2 décembre 1900).

Cette complication exceptionnelle et curieuse de la taille hypogastrique a été observée par nous chez un homme de 64 ans. Ce malade avait été opéré à l'âge de 10 ans, en 1856, par Valette, qui lui avait extrait un calcul vésical par son procédé de taille hypogastrique à l'aide de la cautérisation. A la suite de cette opération il avait persisté dans la région sus-pubienne une large zone de tissu cicatriciel.

En janvier 1899, la cicatrice de l'ancienne taille devient douloureuse, s'enflamme, s'ulcère et il se crée une fistule par où s'écoulent du pus et de l'urine. On reconnaît la présence d'un énorme calcul vésical pour l'extraction duquel M. Pollosson dut faire une très large taille transversale de Trandelenburg. A la suite de cette opération, les lèvres de la muqueuse vésicale vinrent se souder à celles de la plaie cutanée, et comme les tissus superficiels cicatriciels n'avaient aucune tendance à fermer la fistule hypogastrique, il persista une large perte. de substance antérieure par laquelle la vessie fit hernie comme dans une exstrophie.

Le malade, souffrant de tous les inconvénients inhérents

à cette infirmité, demanda, au mois de mars 1900, une intervention, laquelle, pratiquée par M. le Professeur Pollosson et M. Tixier, consista en une suture après très large avivement de la vessie puis de la paroi abdominale. Mais la vessie étant depuis très longtemps infectée, il persista une très petite fistule hypogastrique.

**Sur un volumineux calcul de la vessie** (Communication à la Société des Sciences médicales, 27 novembre 1895).

Présentation d'un calcul muriforme de la grosseur d'une petite orange, rappelant par son aspect la tête d'une masse d'arme dont les pointes seraient légèrement émoussées. Extraction par la taille hypogastrique chez un homme de 38 ans. Nécessité de faire une très grande incision de la vessie, la dureté du calcul empêchant de le fragmenter.

**Plaie pénétrante de l'abdomen par une fourche. — Impossibilité d'intervenir par la laparotomie. — Médication opiacée intense. — Guérison** (Communication à la Société de Chirurgie, décembre 1900).

**Présentation d'un pessaire original** (Société des Sciences médicales, 28 avril 1898).

Étant interne du Professeur Fochier à la Charité, nous eûmes l'occasion de découvrir, chez une vieille Auvergnate, un pessaire curieux. Il s'agissait d'une volumineuse *bonde* de tonneau en bois que la malade s'était fait appliquer pour soutenir un prolapsus utérin. Le résultat fonctionnel était excellent à quelques ulcérations vaginales près!

# QUATRIÈME PARTIE

---

## CHIRURGIE GÉNÉRALE

---

### CHAPITRE PREMIER

#### TÊTE ET COU

**Lupus primitif de la cloison nasale sans lésion cutanée**
*(Province médicale*, 2 février 1895).

Cas intéressant de lupus de la cloison observé dans le service du docteur Garel, chez une malade de 63 ans. Ordinairement le lupus primitif de la pituitaire apparaît, d'après Naulin, Moinel, Schmiegelow de Copenhague, entre 20 et 30 ans.

L'aspect bourgeonnant de la tumeur, sa tendance à la récidive rapide, l'âge de la malade, tendaient plutôt à faire poser le diagnostic de tumeur maligne de la cloison. Seul l'examen histologique a pu trancher la question.

**De la lymphadénie tuberculeuse ganglionnaire et viscérale** (En collaboration avec MM P. Courmont et E. Bonnet. — *Journal de Physiol. et Pathol. générale*, 1899).

Dans ce travail nous avons étudié les faits cliniques anatomo-pathologiques et bactériologiques parus sur la question. Y sont discutés les rapports réels ou apparents entre les types cliniques fournis par la généralisation de la tuberculose aux organes à tissu lymphoïde, *les ganglions principalement*, et ceux do l'adénie aleucémique ganglionnaire ou viscérale, de la pseudo-leucémie des Allemands.

Étude critique des travaux de Claus, Brentano et Tangl, etc., et surtout de Sternberg, Sabrazès et Duclion.

Étude complète d'*un cas personnel* dont l'évolution simula une lymphadénie aleucémique typique *ganglionnaire et splénique*, et où l'anatomie pathologique et l'inoculation montrèrent la nature tuberculeuse des lésions généralisées aux ganglions et à la rate.

Cette forme de tuberculose des organes lymphoïdes ne peut souvent se différencier de la lymphadénie ordinaire que par les résultats de l'inoculation ou l'examen microscopique; sa fréquence semble beaucoup plus grande que ne le laissent supposer les cas jusqu'ici publiés.

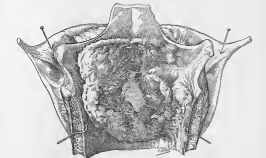
Nous rapprochons les différents types cliniques constitués par la tuberculose ganglionnaire généraliséo et les splénomégalies tuberculeuses, reliés entre eux par notre fait de tuberculose à la fois ganglionnaire et splénique simulant une pseudo-leucémie.

*Au point de vue chirurgical* notre observation montre

nettement la possibilité de voir évoluer secondairement, sous la forme de lymphadénie maligne, *une simple adénite tuberculeuse du cou.*

**Sur un cas de coexistence chez le même sujet de deux cancers primitifs — Cancer intrinsèque du larynx et cancer primitif du corps thyroïde** (*Lyon médical*, mai 1899).

Il nous a été donné d'observer un cas de coexistence de deux cancers primitifs chez le même sujet : il s'agissait de la coexistence d'un cancer primitif du larynx (épithélioma du type malpighien) et d'un cancer primitif du corps thyroïde (épithélioma thyroïdien). C'est là le premier cas publié où les tumeurs se sont développées aux dépens des voies aériennes ou de ses annexes.



Un malade présentait un cancer intrinsèque du larynx : après une trachéotomie d'urgence nécessitée par des menaces d'asphyxie, on put, quelques jours après cette pre-

mière opération, mener à bien une laryngectomie totale.

Malheureusement, une broncho-pneumonie secondaire amena la mort de l'opéré.

A l'autopsie on découvrit une tumeur du corps thyroïde et de gros ganglions carotidiens et médiastinaux.

L'examen histologique pratiqué par M. Paviot démontra l'indépendance absolue des deux néoplasmes laryngien et thyroïdien.

Au larynx on avait affaire à un cancer épithélial dont l'*origine malpighienne* ne faisait pas de doute, tandis que dans le corps thyroïde il s'agissait d'une *tumeur maligne* reproduisant les tubes du corps thyroïde fœtal. Les ganglions atteints par la généralisation reproduisaient le type thyroïdien.

**Un cas d'angine de Ludwig. — Opération. — Guérison** (Société de Médecine, 24 juillet 1899).

Présentation du malade guéri.

**Lipomes sous-maxillaires extra et intra-glandulaires et les lipomes de la région sous-maxillaire** (En collaboration avec M. Horand. — *Gazette des Hôpitaux*, n$^{os}$ des 19 et 21 février 1901).

La pathogénie des lipomes du cou a donné lieu à une série de travaux intéressants. Sans parler du pseudo-lipome sus-claviculaire de Potain et Verneuil, nous voyons le lipome diffus étudié avec soin par Petit, par Launois et Bensaude, etc. Mais la cause intime de ces tumeurs est encore du domaine des hypothèses (Tapie, Delbet, Lefas, *in* Archives de Duplay, 1900).

Pour les lipomes sous-maxillaires une hypothèse nouvelle nous a été suggérée par l'examen clinique et anatomo-pathologique d'une série de pièces. Il nous a semblé que les rapports de la tumeur lipomateuse avec l'élément glandulaire étaient parfois si étroits qu'il était impossible de ne pas songer à une relation de cause à effet entre ces deux éléments.

Aussi, guidé par cette constatation, avons-nous cru pouvoir diviser les lipomes de la région sous-maxillaire en trois groupes distincts :

1° Les *lipomes de la région sous-maxillaire proprement dits*, qui, ayant leur point de départ dans le tissu cellulaire sous-cutané en dehors de l'aponévrose cervicale superficielle, n'ont aucune connexion avec la glande elle-même. Ce type ne présente aucun caractère particulier, nous ne faisons que le signaler.

2° Les *lipomes extra-glandulaires*, qui, nés au contact même des acini glandulaires, ne les pénètrent que secondairement.

3° Les *lipomes intra-glandulaires*, qui se développent primitivement dans les interstices conjonctifs de la glande sous-maxillaire. Ils sont les plus intéressants.

L'étude macroscopique et microscopique de ces derniers, faite par le Professeur agrégé Paviot, nous a nettement montré leur origine glandulaire. En effet, la tumeur est constituée par du tissu glandulaire dont les éléments sécréteurs, acini et groupes d'acini, sont dissociés par du tissu conjonctif néoformé. Dans les interstices celluleux de la glande existent des traînées de grosses vésicules graisseuses. Nulle part on ne voit d'infiltration de leucocytes, ni de cellules embryonnaires.

Les acini ne sont pas le siège de prolifération cellulaire, mais au contraire on ne trouve dans les acini glandulaires malades qu'une seule forme cellulaire, il n'y a plus de croissants de Giannuzzi : la cellule séreuse a donc disparu. Les cellules qui persistent sont des cellules volumineuses. leur noyau est refoulé du côté de la périphérie de l'acinus, il est arrondi et ne présente jamais de signe d'activité karyokinétique, le protoplasma est creusé d'une quantité de vacuoles claires, la lumière des acini est excessivement petite. Les vaisseaux sont abondants et distendus, gorgés de sang. En résumé, la glande présente des signes d'inflammation chronique.

Aussi, étant donnée l'opinion actuelle qui tend à admettre l'origine très souvent inflammatoire des lipomes en général (Delbet), nous avons cru trouver une nouvelle preuve de la réalité de cette hypothèse. Sous l'influence d'une *inflammation lente et chronique de la glande sous-maxillaire,* déterminée peut-être par un envahissement microbien de l'appareil excréteur (Claisse et Dupré), le tissu fibro-graisseux qui entoure l'organe ou le pénètre s'hypertrophie et constitue une *véritable lipomatose.* N'est-ce pas ce que l'on admet bien pour le rein, la vessie, l'uretère chroniquement enflammés (Rayer, Abstein, Lancereaux, etc.)?

Dans un cas le tissu graisseux ne pénètre la glande que secondairement, c'est le lipome extra-glandulaire ; dans l'autre la graisse s'est développée primitivement dans le tissu interstitiel des acini glandulaires, c'est le lipome intra-glandulaire.

Notre mémoire résume ensuite la marche clinique de ces tumeurs, discute leur diagnostic et leur traitement.

---

# CHAPITRE II

## THORAX ET MEMBRES

**Sarcome primitif de la cage thoracique** (Société des Sciences médicales, 1er mars 1899).

Présentation d'un énorme sarcome développé aux dépens des 8e, 9e et 10e côtes gauches et enlevé par MM. Pollosson et Tixier. La tumeur avait envahi la plèvre pariétale et le diaphragme. On dut réséquer un lambeau du diaphragme plus large que la paume de la main. Production d'un pneumothorax opératoire total.

Le malade mourut trois jours après l'intervention sans accident septique, avec des signes d'occlusion intestinale : à l'autopsie on découvrit une hernie de l'estomac à travers le diaphragme dont les sutures avaient coupé.

**Contribution à l'étude des hémothorax traumatiques ; traitement** (Sourd, Thèse de Lyon, 1900).

**Deux cas de synovite tuberculeuse de la gaine du cubital postérieur** (*Province médicale*, 27 mai 1897).

Deux cas de synovite fongueuse de la gaine du cubital postérieur. Synovite isolée, bien limitée, primitive, diagnostiquée et opérée. Guérison.

Rareté de cette localisation signalée nulle part. Étude reprise sous notre inspiration par René Guinet dans sa thèse.

**Sur la synovite tuberculeuse du cubital postérieur** (Guinet, Thèse de Lyon, 20 mars 1897).

**Paralysie radiale consécutive à une fracture de la diaphyse humérale. — Dégagement du nerf. — Guérison remarquablement rapide** (Présentation à la Société des Sciences médicales, 4 décembre 1895, et Mémoire *in Province médicale*, 13 juin 1896).

Chez un jeune homme de 23 ans, ayant une paralysie radiale absolue consécutive à une fracture de la partie moyenne de l'humérus, la libération du nerf, pratiquée trois mois après l'accident, amena, en quatre jours, un retour complet des fonctions de *motricité* et de sensibilité. Le nerf était englobé dans un surtout fibreux intimement accolé au cal osseux sous-jacent.

Dans le cours de la cicatrisation de la plaie opératoire, la paralysie réapparut peu à peu et on dut à nouveau aller dégager le nerf. Guérison complète et définitive.

**Sur une arthrite tuberculeuse hémorrhagique du coude causée chez l'homme par un strepto-bacille différent du bacille de Koch** (En collaboration avec M. P. Courmont. — *Lyon médical*, 26 décembre 1897).

Nous avons pu observer chez l'homme un fait de tuberculose articulaire sans bacille de Koch. Or, les cas de tuberculose humaine vraie, réinoculables et dus à un autre microbe que le bacille de Koch, analogues à ceux qui ont été décrits chez l'animal sous le nom de pseudo-tuberculoses, sont très rares et, en général, peu démonstratifs.

Dans notre cas nous avons pu étudier complètement : *l'évolution clinique et les lésions humaines*, le *strepto-bacille pathogène* et ses caractères, les *lésions expérimentales par lui produites*.

Au *point de vue clinique*, c'était une tumeur blanche du coude survenue à la suite d'un traumatisme chez un homme vigoureux de 50 ans, ne présentant aucune lésion viscérale tuberculeuse. Ce qui étonna à première vue était l'existence d'un gros épanchement intra-articulaire ne revêtant pas les caractères d'un épanchement séreux ordinaire. Une ponction permit de reconnaître sa nature franchement hémorrhagique. Après un traitement par l'immobilisation, on fut, par suite de l'apparition rapide de grandes fusées péri-articulaires, obligé de pratiquer l'amputation du bras. L'autopsie de la pièce montra des lésions sous-diarthrodiales et l'absence de fongosités. Le malade mourut de cachexie avec des phénomènes pulmonaires.

A l'examen *microscopique* on voit dans la synoviale

des tubercules typiques : l'inoculatiou rendit des cobayes tuberculeux.

Et cependant, au *point de vue microbiologique,* il a été impossible de déceler le bacille de Koch.

Par contre, nous pûmes *isoler un strepto-bacille particulier,* dont nous avons étudié, pendant deux ans, les cacactères morphologiques, biologiques et pathogènes. Il est très polymorphe selon les milieux. En bouillon il se présente sous forme de longues chaînettes.



L'inoculation de ce bacille au cobaye et au lapin reproduit *des lésions tuberculeuses* dont les caractères et l'évolution rappellent ceux des lésions humaines originaires.

C'est là une preuve qu'il *existe chez l'homme* des cas de tuberculose vraie dont l'agent pathogène est différent du bacille de Koch, comme cela est hors de conteste pour les tuberculoses animales.

L'étude de ce cas présente en outre un intérêt clinique, puisque ces tuberculoses spéciales semblent affecter chez l'homme une allure parfois atypique et une marche ordinairement grave.

**Ostéomyélite aiguë de l'omoplate chez un homme de 58 ans. Ostéomyélite aiguë des vieillards** (*Lyon médical*, 1896, t. LXXXII, p. 214).

Nous avons attiré l'attention sur la possibilité de voir évoluer l'ostéomyélite aiguë chez le vieillard. Le malade, dont l'observation avait été le point de départ de notre travail, était âgé de 58 ans. Il présentait une ostéomyélite aiguë de l'omoplate. Le malade, très cachectisé, mourut malgré une large intervention. Nous pûmes recueillir l'omoplate malade.

Après notre mémoire, l'étude de l'ostéomyélite des vieillards a été reprise par M. Paul. Thèse de Lyon, 1896.

**Amputation inter-scapulo-thoracique pour sarcome de l'omoplate** (Société des Sciences médicales, 3 février 1900).

Présentation d'un malade chez lequel nous avions pratiqué, M. le Professeur Pollosson et moi, une désarticulation inter-scapulo-thoracique pour énorme sarcome de l'omoplate. Le procédé employé fut celui qui est devenu classique depuis le savant mémoire du professeur Berger.

Guérison du malade en dix-huit jours.

**Dilatation ampullaire et thrombose de la saphène interne à son embouchure** (*Province médicale*, 22 avril 1899).

Observation publiée par M. Mailland d'une malade chez laquelle nous avions pratiqué la résection d'une dilatation

ampullaire de la saphène grosse comme une mandarine. Cette dilatation veineuse, atteinte de phlébite et de thrombose, se présentait sous la forme d'une hernie crurale marronnée.

**Exostoses ostéogéniques multiples et malformations congénitales dea orteils** (Présentation à la Société de Chirurgie de Lyon, 20 janvier 1900).

Jeune homme de 21 ans présentant six orteils à chaque pied, uno luxation en arrière du radius aux deux avant-bras et une multitude d'exostoses (de 80 à 100). La constatation de malformations congénitales du côté des orteils plaiderait pour l'origine congénitale de ces exostoses.

**Contribution à la pathogénie des exostoses ostéogéniquea** (Bourguignon, Thèse de Lyon, 1900).

**A propos d'un cas de luxation médio-tarsienne** (En collaboration avec M. Viannay. — *Archives provinciales de Chirurgie,* mars 1900).

**De la luxation médio-tarsienne. — Revue générale** (En collaboration avec M. Viannay. — *Gazette des Hôpitaux,* 28 juillet 1900).

La luxation de l'articulation de Chopart est une rareté clinique : on n'en connait que huit cas authentiques, qui appartiennent à J.-L. Petit (deux), Astley Cooper, Liston,

Benjamin Anger, Thomas, Führ, Durand et Destot. Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas dans le service de M. le Professeur Pollosson.

Notre mémoire a eu pour but de faire une étude aussi complète que possible de cette luxation, dont les traités classiques ne s'occupent qu'incidemment.

La luxation médio-tarsienne ou de l'articulation de Chopart est cette variété de dislocation du pied dans laquelle



le scaphoïde et le cuboïde ont perdu simultanément leurs rapports normaux avec l'astragale et le calcanéum, ces deux derniers os conservant leurs rapports entre eux et avec les os de la jambe.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, il faut insister sur ce fait que les deux os scaphoïde et cuboïde perdent toujours simultanément leurs rapports avec l'astragale et le calcanéum, qui, eux, conservent leurs relations entre eux et avec les os de la jambe : telle est la caractéristique anatomique de cette luxation.

Le déplacement peut se produire en bas, en haut, en dedans, en dehors, d'où quatre variétés de luxations.

Mais la *luxation en bas* est la variété de beaucoup la plus commune (cas avec autopsie d'Anger et de Thomas, cas avec radiographie de Durand et Destot, cas personnel).

La *luxation en haut* n'a été constatée que dans un seul cas, celui de Liston, et nous n'en possédons qu'une relation succincte.

La *luxation en dedans* paraît avoir été observée par Astley Cooper ; « les élèves de l'hôpital crurent d'abord avoir affaire à un pied bot ».

La *luxation en dehors* n'a pas été constatée isolément, mais seulement combinée avec la luxation en bas (cas de Führ).

Comme lésions associées, il est bon de signaler les fractures du scaphoïde rencontrées dans les cas d'Anger et Thomas (autopsie) et les désordres plus ou moins considérables des parties molles, d'où possibilité de complications septiques.

Nous nous sommes appliqué à élucider la *pathogénie*, le mécanisme intime de ces luxations. L'expérimentation

sur le cadavre ne nous a rien donné, nous avons dû nous contenter de la clinique.

Les causes peuvent être *directes* ou *indirectes* :

1° Dans la *luxation par cause directe*, la force vulnérante s'applique directement sur le scaphoïde et le cuboïde qu'elle déplace dans un sens ou dans l'autre, le plus souvent en bas. Cette force était représentée dans le cas d'Astley Cooper par une lourde pierre, dans celui de Thomas par une roue de voiture ;

2° Dans la *luxation par cause indirecte*, le mécanisme est variable.

*a)* Il y a des luxations par *extension forcée* du pied (J.-L. Petit).

*b)* Des luxations par *flexion forcée* du pied (Durand et Destot).

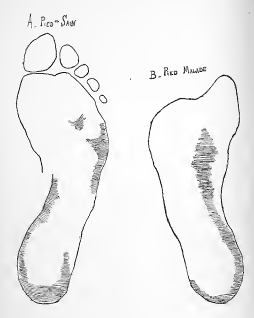
*c)* Des luxations par *compression du tarse* dans le sens antéro-postérieur (cas personnel).

La *symptomatologie* nous offre à étudier des symptômes communs à toutes les variétés de cette luxation et des symptômes spéciaux qui se rencontrent seulement dans l'une ou l'autre variété.

Les symptômes communs sont le *raccourcissement du pied* et l'*affaissement de la voûte plantaire*. Ces deux signes capitaux sont constatés facilement à l'aide de la palpation, de la mensuration et de l'examen des empreintes plantaires. (*Voir fig. p. 58.*)

Dans la luxation en bas, la plus fréquente, on constatera aussi une élévation plus ou moins accentuée des malléoles

au-dessus du sol, la saillie anormale des os du tarse postérieur sur le dos du pied, etc.




Nous ne pouvons pas exposer ici les signes propres à chacune des variétés.

Comme symptômes subjectifs, la douleur et l'impotence fonctionnelle, surtout prononcées dans les mouvements

d'abduction, d'adduction et de rotation du pied, sont variables suivant le moment où on examine le malade.

*Diagnostic.* — « Cette maladie, disait Jean-Louis Petit, se connaît par la seule difformité qui indique le côté où les os se sont luxés. » En réalité, ce diagnostic est parfois assez délicat.

Les symptômes sur lesquels il se base sont trompeurs ; ainsi le raccourcissement du dos du pied se constate dans la fracture de Dupuytren avec chute du pied en arrière, phénomène si caractéristique sur lequel insiste tant le Professeur Tillaux.

Ce même raccourcissement existe dans la luxation du pied en arrière et dans la luxation sous-astragalienne en avant. Et de même aussi dans la luxation tarso-métatarsienne.

*L'affaissement de la voûte plantaire* se rencontre aussi dans les fractures par écrasement du calcanéum, mais alors il y a abaissement des malléoles et élargissement du talon.

Enfin, il faut ne pas confondre la luxation médio-tarsienne avec la luxation du pied en avant, avec la luxation de l'astragale en avant, la luxation du scaphoïde.

D'ailleurs, à l'heure actuelle, par la radiographie ce diagnostic est grandement facilité.

Nous ne dirons qu'un mot du *pronostic* qui, même au point de vue fonctionnel, est ordinairement bénin.

Le *traitement* est assez délicat, car la réduction, même dans les cas récents, est difficile, parfois impossible. Mais il faut savoir que, même après une luxation non parfaitement réduite, le malade arrive assez rapidement à marcher sans douleur. Le massage, les douches locales, la

mobilisation et l'utilisation fonctionnelle du pied doivent être prescrits de bonne heure.

Ce n'est que dans le cas où le malade continuerait à souffrir et serait dans l'impossibilité de marcher que l'on devrait tenter une intervention sanglante qui consisterait sans doute en une résection partielle du tarse.

**Vaste abcès intra-pelvien d'origine ostéomyélitique probable. — Ostéomyélite aiguë du sacrum** (*Province médicale,* 8 juin 1895).

Rareté de l'ostéomyélite du sacrum signalée par Bruns, Gangolphe, Tournadour. Chez une fillette de 13 ans, opérée par M. Jaboulay, à la Charité, nous avons vu évoluer une vaste collection pelvienne avec phénomènes généraux graves, symptomatique d'une ostéomyélite de la face antérieure du sacrum. Un large débridement par la voie para-sacrée permit d'atteindre la lésion et d'obtenir la guérison de l'enfant.

**Appareil immobilisateur pour les enfants** (Présentation à la Société des Sciences médicales, 20 mars 1895).

Appareil employé comme gouttière à la Charité pour obtenir l'immobilisation des enfants dans les cas de lésions soit de la colonne vertébrale (mal de Pott), soit des membres inférieurs (coxalgie, etc...). Simple cadre en bois muni de sangles sur lesquelles le petit malade est suspendu. Avantages : facilité de construction, légèreté, propreté, modicité du prix, etc.

---